Salpingites aiguës

MST Cœlioscopie Chlamydia Stérilité

Etiologie

- En général, dissémination par voie ascendante d'une infection génitale basse (voie hématogène exceptionnelle)
- **Mode de transmission**
  - Le + svt **MST** +++
  - Ts les **gestes endo-utérins** : 30 % des cas
    - ☑ Hystérographie
    - ☑ Hystéroscopie
    - ☑ Biopsie de l'endomètre
    - ☑ Stérilet (CI chez la nullipare)
    - ☑ Révision utérine
    - ☑ Curetage
    - ☑ IVG
    - ☑ Accouchement s/tt césarienne
  - Rarement **rétention placentaire**
  - **Infections de voisinage** (digestives : appendicite, sigmoïdite)
- **Germes responsables** (fréquemment plurimicrobien)
  - **Chlamydia trachomatis** (40 ~ 50 % des cas) germe intracellulaire, le + délétère par les lésions tubaires qu'il peut entrainer, le + svt transmission sexuelle.
  - **Gonocoque** dans 5 à 30 %, très contagieux, devient rare, sexuellement transmissible
  - **Germes banaux :** streptocoques, staphylocoque, entérobactéries d'origine urinaire ou digestive
  - **Mycoplasmes** (M. hominis et Ureaplasma urealyticum) : *germes commensaux, pathogènes uniquement si associés à d'autres micro-organismes*

Diagnostic

- **Interrogatoire**
  - **ATCD et Fdr**
    - Age **< 30 ans** [Q], parité (**nullipare**[Q]) : svt période post menstruelle
    - **ATCD** de salpingite ?, Explorations gynécologiques ?, geste endo-utérin ?
    - Mode de **contraception** (contraception orale : rôle protecteur[Q], **DIU** facteur aggravant[Q] / **rapports non protégés** ?, urétrite chez **partenaire**(s) ?
    - **Vie sexuelle récente** +++ : changement récent de partenaire, partenaires multiples
  - **Signes fonctionnels**
    - Diagnostic difficile si forme non compliquée, **60 à 70 % de salpingites asymptomatiques** !
    - Formes atténuées en général
    - **Typiquement** :
      - ☑ ***Terrain :*** femme jeune, nullipare (50 à 75% des cas)
      - ☑ ***Douleurs pelviennes*** (signe le + constant) : paroxystique sur fd continu, bilatérales le + svt, d'intensité modérée, atténuées au repos, majorées en fin de journée et au cours des rapports sexuels
      - ☑ ***Leucorrhées purulentes***[Q] ***ou métrorragies***[Q] (peu abondantes, récidivantes et inconstantes) témoins de l'endométrite
      - ☑ ***Fébricule*** ds 50 % des cas, conservation de l'état général[Q]
    - **Parfois** :
      - ☑ ***Forme douloureuse unilat :*** 20 % (eliminer appendicite A à dte)
      - ☑ ***Forme avec MTR :*** Eliminer une GEU (faire B-HCG systematique)
      - ☑ ***Forme apyretique*** (50%)
      - ☑ ***Forme pseudotumorale*** (pyosalpinx)
      - ☑ ***Forme subocclusive*** : iléus au contact d'un foyer infectieux
      - ☑ ***Formes asymptomatiques*** : les + fqtes, risque de séquelles chroniques
      - ☑ ***Formes pseudo-cystiques*** : cystalgies, brûlures mictionelles (ECBU systematique)
- **Examen clinique**
  - **Douleur hypogastrique diffuse ± défense**
  - **Spéculum** :
    - Glaire cervicale louche, purulente, souvent : **endocervicite associée** (col inflammatoire)
    - **Prélèvements** bactério systematique **avec grattage** au niveau de l'endocol (germes intracellulaires)
    - Si stérilet → **retrait du DIU** + mise en culture
  - **TV** :
    - Douleur à la pression, **mobilisation de l'utérus**[Q] et des culs de sac latéraux, palpation **annexielle douloureuse ± infiltration / empâtement**

- **Bilan paraclinique**
  - **Biologie**
    - **β-HCG**
    - **Infectieux :** VS [Q] et CRP élevées, NFS[Q] : hyperleucocytose à PNN (fréquent ms inconstant)
    - **Bactério** : HAA, ECBU, prélèvements vaginaux, endocol[Q], exocol + pelvien si coelio ± **prélèvements chez le partenaire** à la recherche aérobies, anaérobies et Chlamydia trachomatis
    - **Sérologies** Chlamydia[Q] (peu d'intérêt car délai +++), syphilis[D], VIH[D], HBV / HCV[D]
    - **Ne pas attendre les résulatats pr débuter le ttt**
  - **Echographique non systématique**[Q], **pas en 1ère intention** (surtt pr recherche de complications : abcès pelvien… ou pr éliminer une autre pathologie pelvienne)
  - **Cœlioscopie**[Q], si doute diagnostique, **en dhrs d'une péritonite aiguë généralisée** (laparo), **d'un choc septique ou d'une CI anesthésique**.

    Intérêt :
    - **Diagnostique**
    - **Pronostique** par cotation de l'étendue des lésions pelviennes (classification de Hager)
      - ☑ ***1 : Salpingite catarrhale :*** trompes oedematiés, rouges, hyperhémié
      - ☑ ***2 : Salpingite purulente :*** Epaississement tubaire, pus par le pavillon, fausses membranes sur les trompes
      - ☑ ***3 : Pyosalpinx :*** abcès tubaire collecté
      - ☑ Recherche complication ou differentiel : Explore CDS de douglas, r° appendiculaire, R° hépatique (Sd de Fitz-Hugh-Curtis)
    - **Bactériologique :** prélèvement systematique
    - **Thérapeutique** (destruction atraumatique des adhérences + lavage de la cavité pelvienne)
  - **Hysterosalpingographie formellement contre-indiquée**[Q], **biopsie de l'endomètre**[Q] egalement contre-indiquée
- **Diagnostic différentiel**
  - **Gyneco**
    - GEU[D]
    - Torsion de l'annexe[D]
    - Endocervicite
    - Endométrite, Endométriose pelvienne
    - Nécrobiose d'un fibrome uterin[D]
  - **Viscérale**
    - Appendicites pelviennes[D]
    - Sigmoïdite diverticulaire
    - Cholécystite[D]
    - Colopathie fonctionnelle
  - **Urologique**
    - Pyélonéphrite aigue[D]

Evolution

- **Favorable sous ttt bien conduit**
  - Régression des dl en moins de 48 h, de la fièvre en moins de 4 j. Normalisation de la NFS (en 10j) de la VS (15j)
- **Complications aiguës** [D] (peuvent révéler la salpingite)
  - **Abcès pelviens** : ***Pyosalpinx***[Q]***, abcès ovariens***[D]***, abcès du Douglas***[D]
    - Fièvre, AEG
    - Douleurs pelviennes intenses qui persitent
    - Nausées / vomissements, troubles du transit (diarrhée ou Sd pseudo-occlusif)
    - TV (± sous AG car douloureux…) : masse pelvienne latéro-utérine[Q] uni ou bilat, peu mobile par rapport à l'utérus
    - Echo : collection liquidienne pelvienne
    - Risque évolutif : la pelvipéritonite, la fistulisation
    - Coelio indispensable, à visée diagnostique et thérapeutique
  - **Pelvipéritonite**[D]
    - Eliminer origine extragénitale (qui impose chir en urgence)
    - Si origine gynécologique certaine, possibilité de ttt médical (ATB parentérale) en milieu chirurgical
    - Chir (laparo ou coelio) si pas d'amélioration rapide à 24-48 h
  - **Péri-hépatite**[D] (**Sd de Fitz-Hugh-Curtis**) (adhérences en cordes de violon tendues entre la face ant. du Foie et le diaphragme, secondaire à infection génitale à Chlamydia ou à gonocoque ancienne ou évolutive, pouvant être à l'origine de douleurs de l'HCD Dt. A confirmer par la coelioscopie[D])
  - **Thrombophlébites pelviennes** (rares), **appendicite de contact**

- **PASSAGE A LA CHRONICITE**
  - En général asymptomatique
  - Dc évoqué sur coelio pour **bilan d'infertilité**
  - Confirmé par examen histo des prélèvements tubaires : inflammation chronique d'origine immuno-allergique pouvant évoluer même après éradication bactérienne → destruction cellulaire et transformation scléro-fibrineuse définitive

- **SEQUELLES**[D]
  - Récidive infectieuse
  - GEU[Q+]
  - Infertilité[Q] (Obstruction tubaire : 15 % après 1 épisode, 75 % après 3 épisodes)
  - Adhérences
  - Algies pelviennes[Q+], dyspareunie [Q]
  - Irrégularités menstruelles
  - Troubles de l'ovulation (*dystrophie par enfouissement adhérentiel ovarien*)

Traitement

- **Intérêt : éviter les complications et stérilité**
- **But : éradiquer l'infection**

Médical
- Hospit en gynéco
- **Repos strict** en décubitus, **glace** sur le ventre
- **Antibiothérapie IV** puis per os, **au moins 3 sem**, à dose suffisante, dès le diagnostic posé, et à adapter secondairement (ex : **Augmentin + FQ Oflocet*** ou **Augmentin + Cycline** en IV puis relais per os)
- **Anti-inflammatoires**
- **Oestroprogestatifs** (évite hyperhémie et ovulation, au moins 3 mois) : mise au repos

Endoscopique par cœlioscopie
- **Si échec** du ttt médical au 3e jr ou **persistance** des symptômes ou **complications** résistantes au ttt médical
- Lever les adhérences (**adhésiolyse pelvienne**)
- Evacuer le pus par **lavage** de la cavité pelvienne
- **Salpingectomie** si pyosalpinx unilatéral avec trompe controlatérale saine

Chirurgical
- Laparotomie d'emblée exceptionnelle
- Indiquée chez les femmes de > 50 ans, si récidive chez femme ne désirant plus d'enfant

Préventif
- Traitement du **partenaire** (cyclines ou quinolones ou Azythromicine)
- **respect des CI des explorations** endo-utérines, des indications et surveillance de la pose d'un stérilet
- prévention des maladies sexuellement transmissibles

A distance
- **Antibioprophylaxie si geste endoutérin**
- Bilan des **séquelles** : hystérosalpingographie…
- ± coelio : reperméabilisation tubaire…

Source : Fiches Rev Prat, Rev Prat 2000, Cours Fac, QCM Intest 2000, 1 Dossier Intest, SPILF